

Модуль: Хирургической стоматологии

Переломы верхней челюсти

План:

- Введение
- Классификация
- Ле Фор I (верхний тип)
- Ле Фор II (средний тип)
- Ле Фор III (нижний тип)
- Несимметричные переломы
- Лечение
- Список литературы

Введение

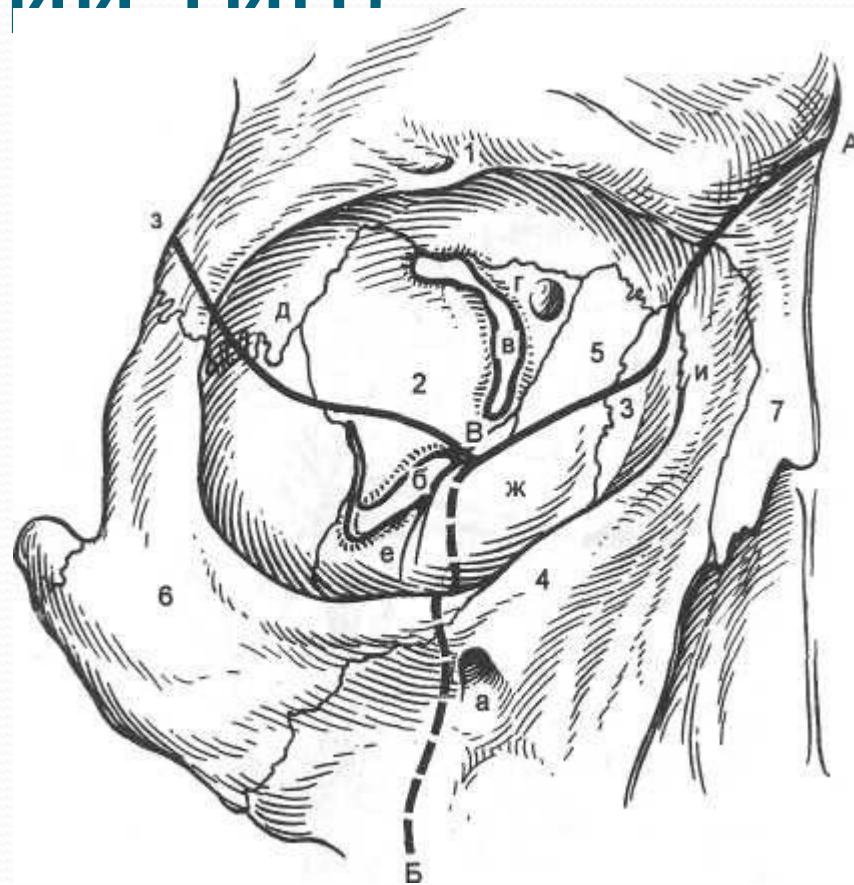
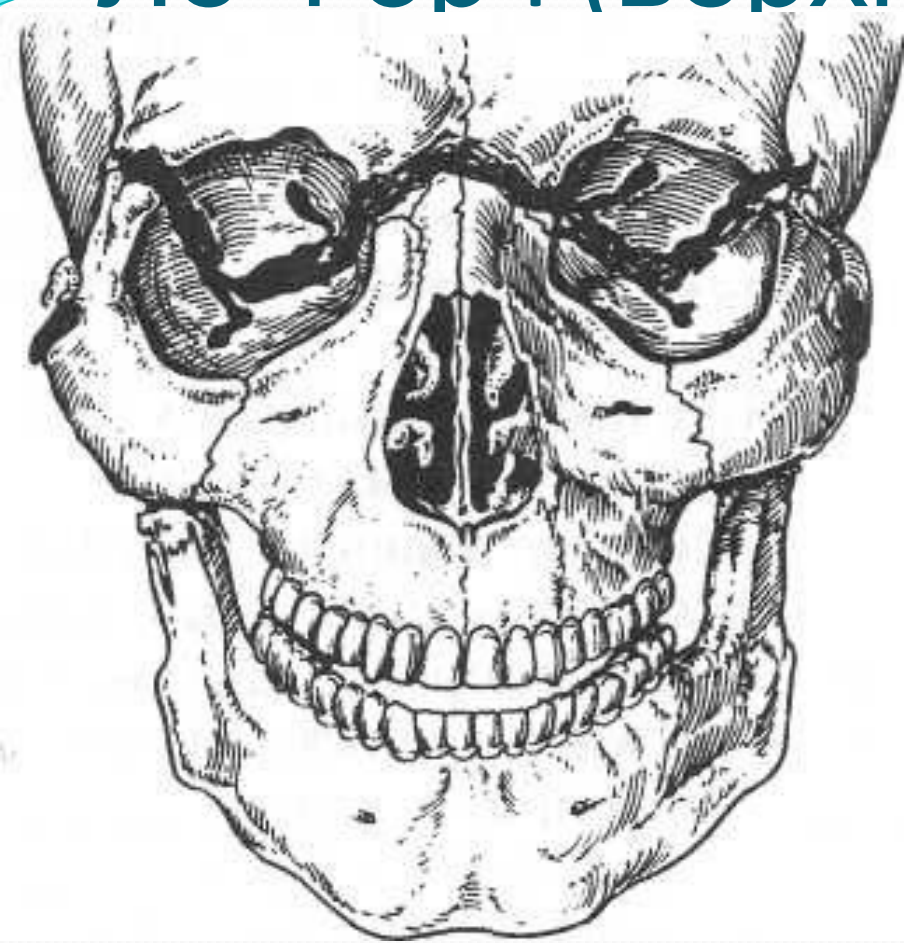
- Переломы верхней челюсти составляют от 3 до 4% всех неогнестрельных переломов костей лица и относятся к наиболее тяжелым повреждениям. Последнее объясняется тем, что верхняя челюсть непосредственно связана с основанием черепа и другими важными анатомическими образованиями — сосудами, нервами, которые также страдают при повреждении челюсти.

Классификация

Наиболее распространена классификация переломов верхней челюсти по Ле-Форю (1901)

- Ле Фор I (верхний тип)
- Ле Фор II (средний тип)
- Ле Фор III (нижний тип)

Ле Фор I (верхній тип)



Жалобы на:

- на кровотечение из носа,
- двоение в глазах при вертикальном положении тела,
- снижение остроты зрения,
- болезненное и затрудненное глотание,
- недостаточное открывание рта,
- неправильное смыкание зубов,
- ощущение инородного тела в горле,
- позывы на рвоту,
- поперхивание и тошноту.

При осмотре отмечается выраженный отек околочелюстных мягких тканей, вследствие чего лицо больного приобретает лунообразную форму. Отек преимущественно выражен в области век, корня носа, в подглазничной и височной областях. В области скуловых дуг может определяться западение тканей. Выявляется симптом очков, характеризующийся кровоизлиянием в верхнее и нижнее веко, конъюнктиву. При горизонтальном положении больного лицо уплощено, возможен небольшой экзофтальм. После перемещения больного в вертикальное положение верхняя челюсть опускается, лицо удлиняется и экзофтальм нарастает вследствие увеличения объема орбиты.

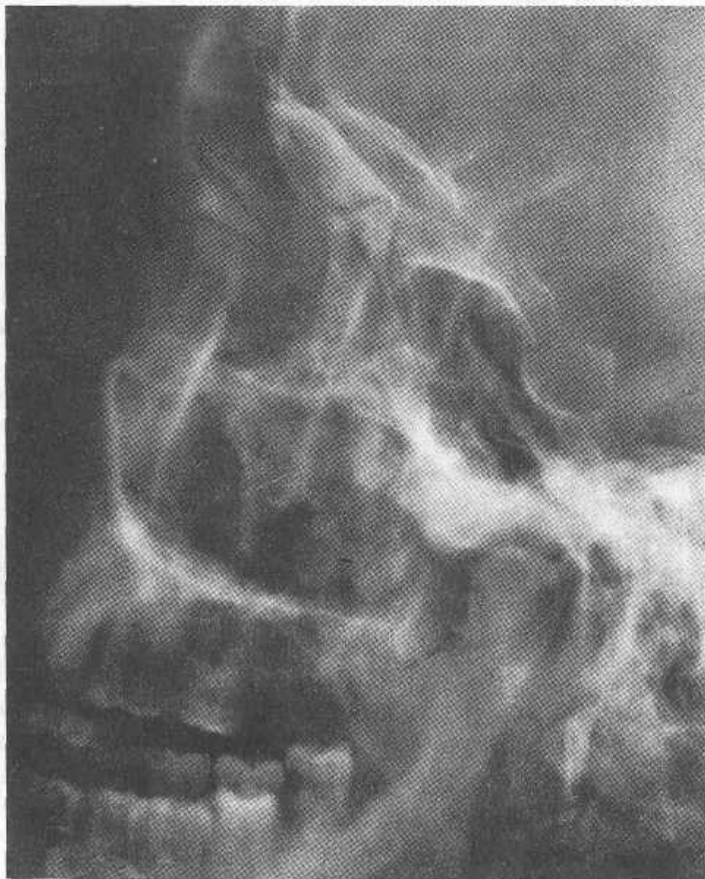


- *Пальпаторно* можно определить костный выступ или про-вал тканей между носовой частью лобной кости и лобным отростком верхней челюсти и носовыми костями, а также в зоне скулолобного шва (верхненаружного угла глазницы). Ощущается костная ступенька в области скуловых дуг.
- *При обследовании рта* обращают внимание на соотношение зубных рядов. Выявляется открытый прикус вследствие контакта только моляров

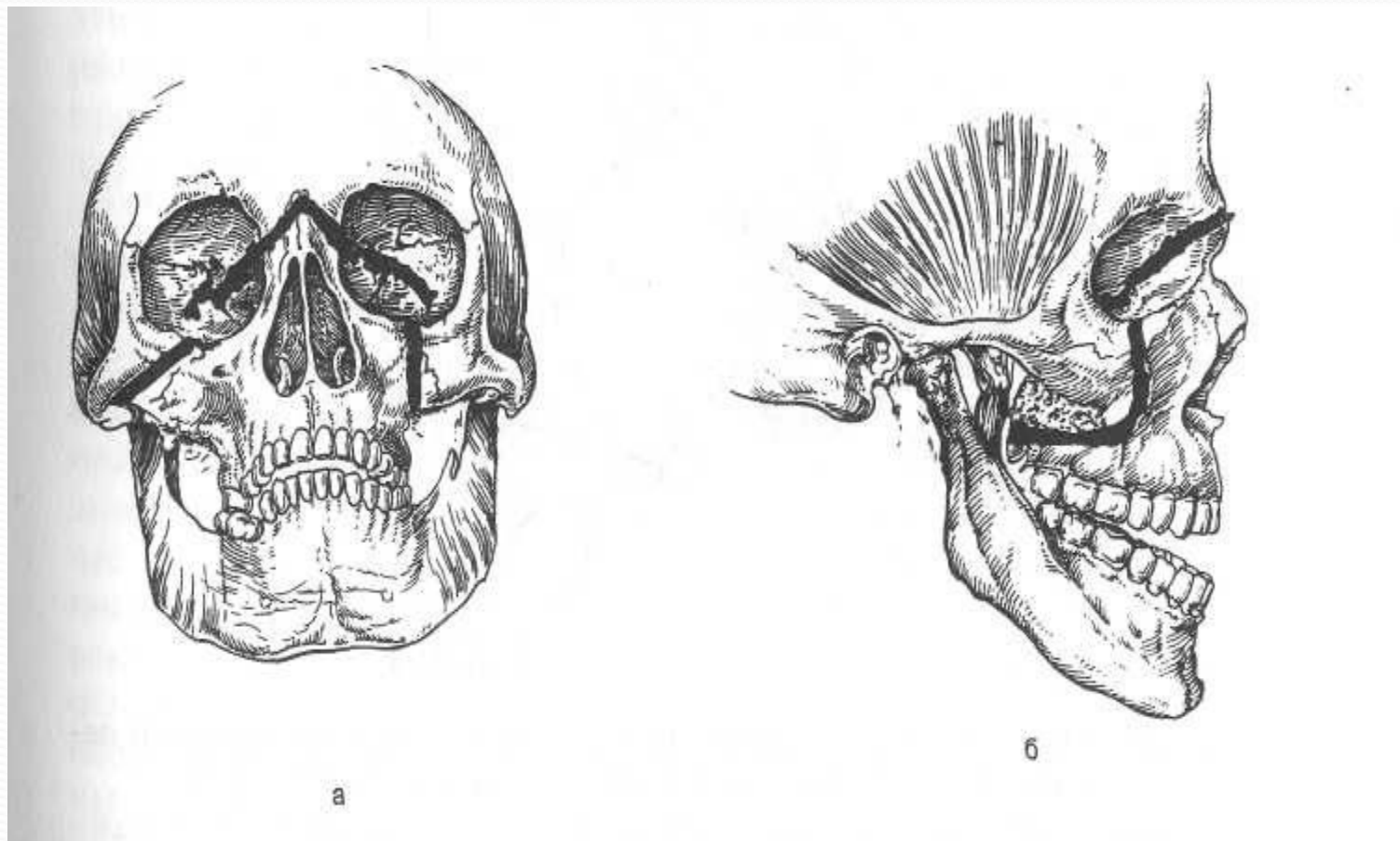
- При обследовании рта обращают внимание на соотношение зубных рядов. Выявляется открытый прикус вследствие контакта только моляров
- Несильное и длительное (1 мин) надавливание на твердое небо вверх вызывает укорочение средней зоны лица, сужение глазных щелей и сморщивание кожи у корня носа. При захватывании альвеолярного отростка пальцами правой руки и осторожном покачивании костного фрагмента в переднезаднем направлении удастся II пальцем левой руки, помещенным на места выявленных костных ступенек, определить синхронную подвижность в лобно-носовой и лобно-скуловой областях и по протяжению скуловой дуги.

Рентгенограмма

- *На рентгенограмме лицевых костей можно установить нарушение целостности костной ткани в области корня носа, скуловой дуги, большого крыла клиновидной кости и лобно-скулового сочленения, а также понижение прозрачности верхнечелюстных и клиновидных пазух. На боковой рентгенограмме могут быть обнаружены признаки перелома тела клиновидной кости. У некоторых больных отмечается пневмоцефалия — скопление воздуха в передней черепной ямке.*



Ле Фор II (средний тип)



Жалобы на:

- боль в области верхней челюсти, усиливающаяся при смыкании зубов и пере-жевании пищи;
- ощущение инородного тела в горле, поз-вы на рвоту;
- затрудненное дыхание через нос;
- иногда двоение в глазах;
- онемение кожи в подглазничной области и верхней губы, нижнего века, крыла и кожной части перегородки носа;
- онемение резцов, клыков, премоляров и слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в пределах этих зубов;
- иногда снижение или потерю обоняния

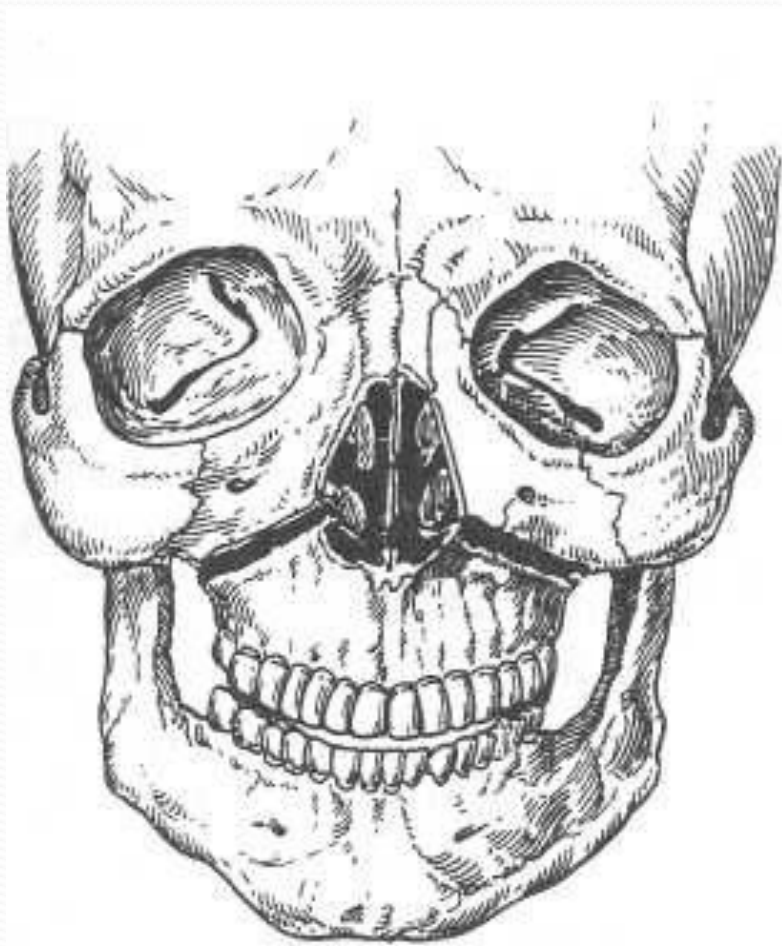
● Конфигурация лица изменена за счет выраженного посттравматического отека, иногда подкожной эмфиземы и кровоизлияния в мягкие ткани подглазничной и скуловой областей. Характерна локализация кровоизлияния в зоне орбиты. Кровоизлияние в ткани век и их отек иногда столь выражены, что с трудом удастся осмотреть глазное яблоко. Гематома может распространяться на надбровную и подглазничную области. Нередко пропитывание конъюнктивы кровью настолько значительно, что выражен хемоз, и она выбухает между сомкнутыми веками.

- В горизонтальном положении лицо больного уплощено. В вертикальном положении больного лицо несколько удлинено. При пальпации мягких тканей подглазничной области и корня носа иногда ощущается крепитация — признак подкожной эмфиземы. По нижнему краю глазницы четко пальпируется костной выступ (ступенька).

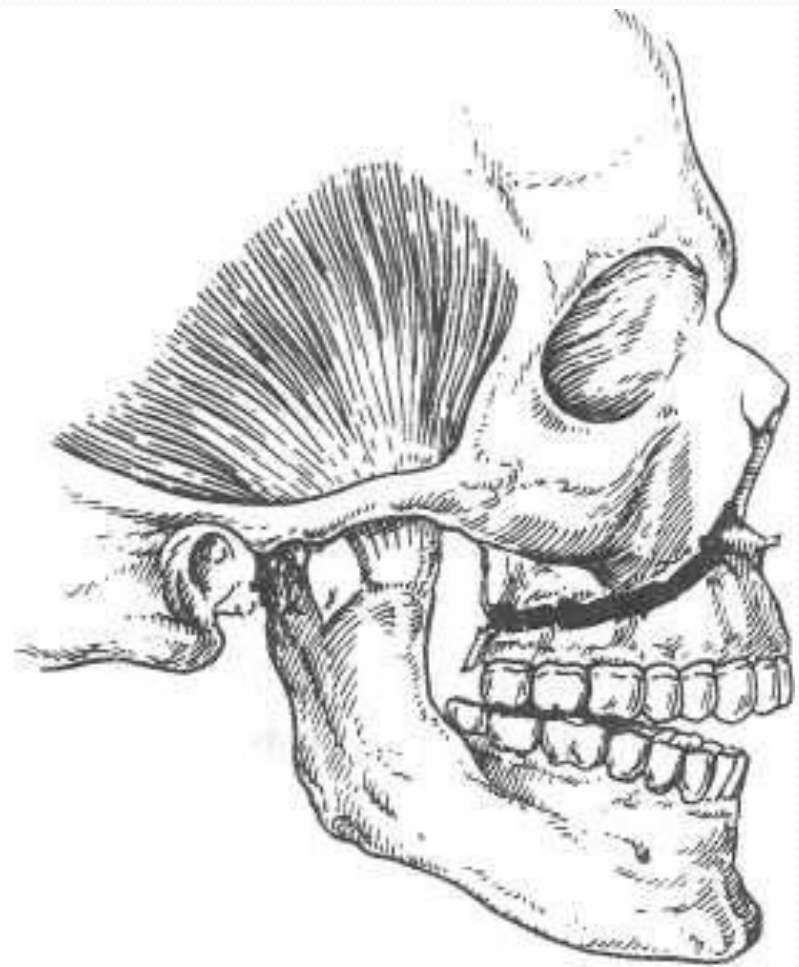
При осмотре преддверия рта определяется нарушение прикуса — чаще контактируют только моляры. В преддверии рта, как правило, имеется кровоизлияние в области верхних больших и частично малых коренных зубов, распространяющееся не только по переходной складке, но и на щечную область. Пальпируется костный выступ по скулоальвеолярному гребню и позади него. Болевая чувствительность слизистой оболочки десны снижена или отсутствует в пределах резцов, клыков и премоляров. Мягкое небо смещено кзади, и маленький язычок касается задней стенки глотки или корня языка

- На рентгенограмме лицевых костей в носоподбородочной и боковых проекциях можно отметить нарушение непрерывности кости в области корня носа, нижнего края и дна глазницы, скулоальвеолярного гребня, снижение прозрачности верхнечелюстных пазух.

Ле Фор III (нижний тип)



а



б

Жалоба на:

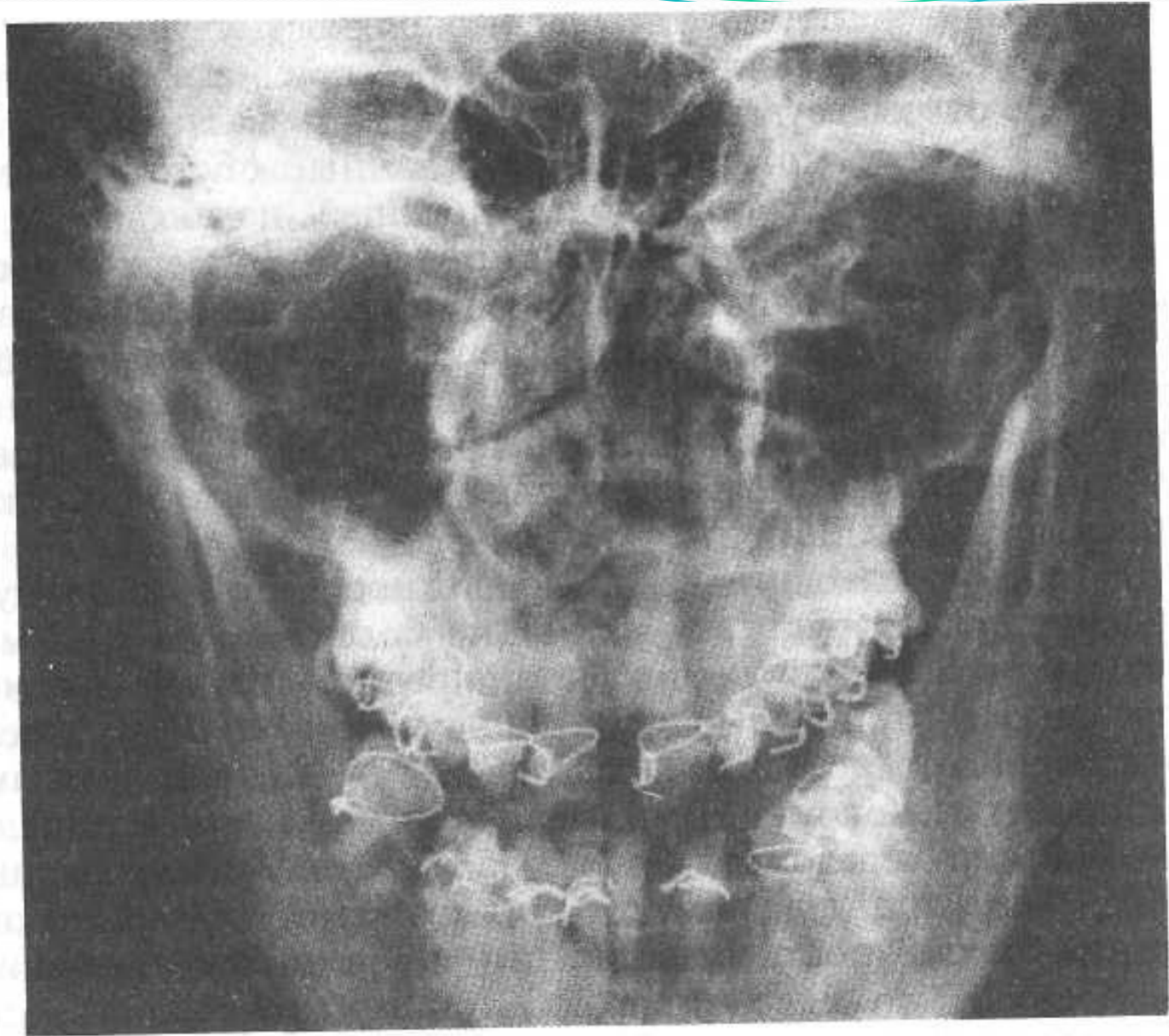
- разлитую боль в области верхней челюсти, усиливающуюся при смыкании зубов
- невозможность откусить пищу передними зубами;
- «оне-мение» всех зубов и слизистой оболочки десны, нередко слизистой оболочки твердого и мягкого неба;
- неправильное смыкание зубов;
- затрудненное носовое дыхание;
- ощущение инородного тела в глотке,
- поперхивание,

- Конфигурация лица изменена за счет посттравматического отека мягких тканей нижней трети лица, кровоизлияния, иногда подкожной эмфиземы. Носогубные складки сглажены. На коже лица могут быть ссадины, кровоподтеки, рвано-ушибленные раны. В случае значительного смещения отломка вниз при вертикальном положении больного удлиняется нижний отдел лица. Иногда можно отметить перемещение кожной части перегородки носа из горизонтального положения в косое вследствие смещения костной части перегородки носа вместе с отломанной верхней челюстью вниз.

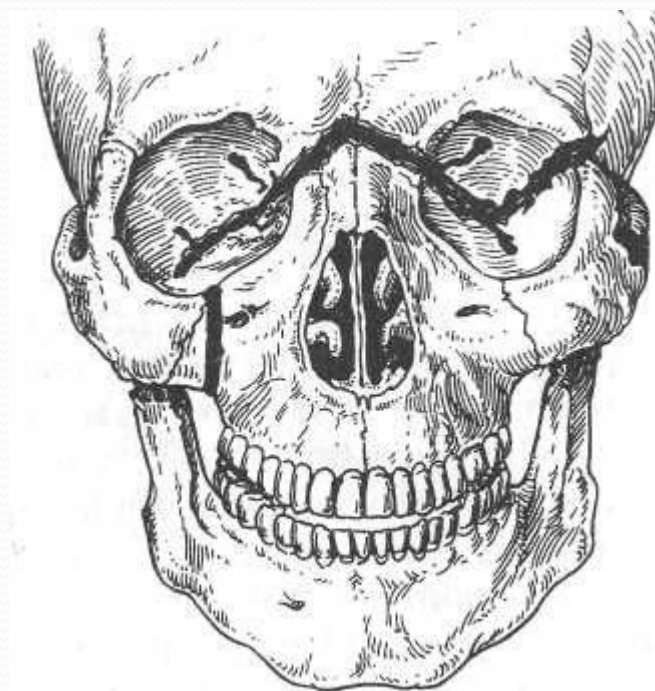
- В полости рта нередко удается отметить кровоизлияние в верхнем отделе крыловидно-нижнечелюстной складки, а при одностороннем переломе — на слизистой оболочке твердого неба. Мягкое небо кажется удлинненным, а маленький язычок может касаться корня языка или задней стенки глотки.

- При пальпации передней и подвисочной поверхности тела верхней челюсти можно определить костную ступеньку в пределах видимого кровоизлияния, т.е. по всему периметру тела челюсти.
- Болевой симптом нагрузки положительный: надавливание на крыловидный отросток клиновидной кости с обеих сторон, последние моляры или твердое небо сопровождается болевыми ощущениями по ходу линии перелома. Иногда при этом фронтальный участок отломка опускается вниз.

- На рентгенограмме костей лицевого скелета в передней полуаксиальной проекции в вертикальном положении больного определяется нарушение целостности стенок грушевидного отверстия и скулоальвеолярного гребня слева и справа, а также уровень жидкости в верхнечелюстных пазухах вследствие кро-воизлияния в них

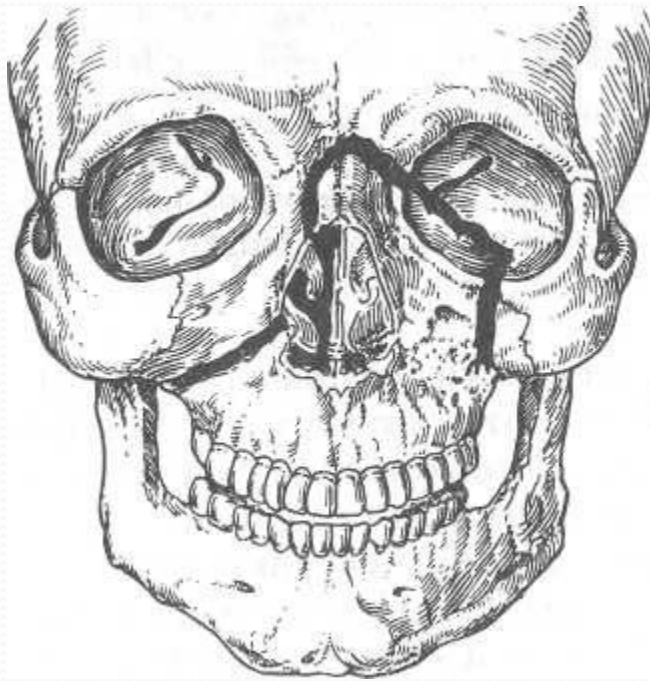


*Перелом верхней челюсти по
Ле Фор I с одной стороны и
Ле Фор II с другой*





*одной стороны
и Ле Фор III (нижний тип) с
другой*



Прежде, чем пациент с травмой верхней челюсти получит квалифицированную помощь в медицинском учреждении, ему обязательно должна быть оказана первая помощь, которая заключается в следующем:

- Устранить дыхательную недостаточность в случае нарушения дыхания, для чего при необходимости освободить полость рта от мешающих дыханию инородных тел
- Обездвижить челюсть с помощью теменно-подбородочной повязки
- Остановить возможное кровотечение
- Наложить холодный компресс на место травмы
- Зафиксировать язык, если наблюдается его западание
- По возможности провести обезболивание с помощью доступных препаратов
- Обеспечить состояние покоя для будущей транспортировке пострадавшего в больницу

Квалифицированная врачебная помощь в условиях больницы при переломе верхней челюсти включает в себя следующие процедуры:

- Обработка области травмы
- Обеспечение нормального выполнения дыхательных функций (для чего в случае необходимости проводится трахеотомия)
- Совмещение отломков костей челюсти под местным обезболиванием
- Надежная фиксация отломков костей челюсти посредством шинирования, а также (в случае необходимости) с помощью специальных конструкций (спиц, пластин, внеротовых конструкций)
- Антимикробная и общеукрепляющая терапия для предотвращения разного рода осложнений в области перелома

Список литературы

- М.Б.Швырков, В.В.Афанасьев, В.С.Стародубцев
НЕОГНЕСРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧЕЛЮСТЕЙ